

As manifestações dolorosas da lithiase renal.

I

A Colica renal

pelo

Dr. H. ANNES DIAS

**Prof. da Faculdade de Medicina de Porto Alegre
Membro honorario da Academia Nacional de Medicina**

E' necessario, preliminarmente, estabelecer que não são synonymas as expressões — lithiase e colica renaes — não só porque a colica póde, em circumstancias muito especiaes, não depender da existencia de calculos, como, principalmente, porque a lithiase póde ser silenciosa, póde manifestar-se por phenomenos extra renaes, distantes, que muito differem da idéa que fazemos da colica renal.

No estudo que, hoje, vamos traçar consideraremos, no emtanto, todas as dôres ligadas á calculose do rim, isto é, tanto a colica renal propriamente dita, phenomeno eminentemente paroxystico, como as dôres mais ou menos discretas, mais ou menos persistentes, que dependem da existencia da lithiase renal.

A *colica*, a grande colica, é um accidente terrivel, siderante, geralmente unilateral, que explode, ex-abrupto, em um individuo que até então era são em apparencia, ou que já de algum tempo vinha tendo dôres

surdas ou sensação de peso na região lombar.

A dôr é o elemento primacial da crise, mas não é o unico, pois esta é um syndrome, composto de varios elementos symptomaticos.

A violencia da dôr, dilacerante, abala o organismo todo : o individuo pallido ou cyanotico tem calafrios, as extremidades frias, suores, vertigens, vomitos que não lhe proporcionam alivio, pulso filiforme; elle se curva, arqueia-se para relaxar os musculos da parede, comprime o ventre e a região lombar, presa do mais vivo soffrimento e da maior angustia.

A dôr, que, geralmente, se inicia na região lombar, se irradia para o flanco, desce pela crista iliaca á parede anterior do ventre, á virilha, á bexiga, vae ao testiculo (ou ao grande labio) e póde estender-se pela coxa até ao joelho; póde ir ao anus e se acompanhar de tenesmo rectal.

Continua, ella se exacerba em paroxys-

mos terríveis que desesperam o doente e pôde assim durar horas, dias, às vezes, com pequenas remissões e novas recrudescentes, podendo, em casos raros, levar, pela sua violencia, ao colapso (Strumpell).

Ha, durante a crise, dysuria dolorosa e oliguria, que pôde ir até á anuria, mesmo em casos de lesão de um só rim; a hematuria, como veremos, é constante.

As irradiações mais bizarras pôdem ser observadas, embora mais raramente do que a irradiação descendente classica. Assim, casos existem em que ha dôr irradiada para a espadua, o que muito complica o diagnostico si se a observa á direita, por causa da confusão com a colica hepatica; outras vezes, a associação da dôr epigastrica com uma dôr dorsal, pôde fazer crêr em ulcera gastrica; a dôr pôde ser principalmente abdominal; ella pôde manifestar-se só do lado são (reflexo reno renal) o que, aliás, occorre raramente; pôde dirigir-se para o diafragma, para os espaços intercostaes, para o membro superior (Leguen)!

A pressão da região lombar é dolorosa, assim como a percussão das vertebrae lombares, a pressão da 12.^a costella e do flanco.

A succussão renal é penosa; os pontos ureteraes são dolorosos, o testiculo é muito sensível. Observa-se, tambem, resistencia muscular lombar e meteorismo.

Todos esses signaes são unilateraes.

Ha um mal estar accentuado, são frequentes os calafrios, os vomitos, a constipação com meteorismo, a tachycardia, os suores frios, vertigens, soluços. A temperatura se conserva normal.

A pressão e o movimento exasperam a dôr, ao passo que o repouso a modera, a não ser nos casos em que ha congestão renal intensa.

A bexiga se mostra irritada, com tenesmo, com pollakiuria dolorosa, muitas vezes hematica. As dôres vesicaes podem ser tão ou mais notaveis que as do rim ou do uretere (reflexo reno-vesical).

As crises pôdem sobrevir com grandes ou pequenos intervallos, sendo despertadas por movimentos, pela trepidação de ve-

hiculos, pela marcha, por um salto. Em certos individuos, vêm mesmo em repouso, e isto se dá quando uma congestão renal se estabelece, mercê, por exemplo, de desvios alimentares.

Até á cessação da colica o doente procura manter-se no maior repouso, relaxa as paredes do ventre, encolhendo os joelhos e ficando em decubito dorsal ou do lado doente.

A crise termina muitas vezes de um modo brusco e, se o calculo cãe na bexiga, ha uma sensação de grande allivio e sobreveem uma polyuria terminal.

Nos *intervallos* das crises, o doente pôde nada sentir, mas, muitas vezes, conserva uma sensação de peso lombar, ou de leve tensão dolorosa a esse nivel, ou perturbações vesicaes ou gastro-intestinaes, mais ou menos accentuadas.

De um momento para outro, a crise pôde surgir, ou porque o doente salte ou ande de carro ou de automovel, ou por soffrer um pequeno traumatismo lombar etc.

A's vezes, como vimos, é um disturbio digestivo que provoca a crise, o que seria para alguns auctores explicavel, pelo facto das modificações de relação do aparelho digestivo, durante a digestão, occasionarem pressão no rim, ou pelo facto da absorpção, nesse periodo, de substancias que, ao serem eliminadas, vão augmentar a irritação que a urina produz na mucosa, já sensibilizada, dos canaes urinarios. Um dos nossos doentes refere que a causa principal das suas dôres renaes era a ingestão de carne.

O exame, a manipulação da região renal, em um doente que esteja, podiamos assim dizer, em potencia de colica, pôde determinar o accesso doloroso.

Até aquí estudámos o elemento *dôr* do syndrome colica renal e, só a titulo accessorio, mencionámos outros symptomas. Seria conveniente, pois, que, antes de abor-darmos as outras modalidades dolorosas da lithiase renal, estudassemos os phenomenos urinarios que fazem parte integrante da colica renal, um dos quaes, a hematuria,

tem valor verdadeiramente notavel, quando bem interpretado.

Referimos a dôr ao longo do uretere e Pottenger poude dizer que a dôr na colica renal é, principalmente, uma dôr ureteral, questão que abordaremos a proposito da pathogenia da dôr na lithiase urinaria.

A irritação da bexiga pôde ser tão notavel que obscureça a localisação renal; na nossa observação n. 3 o doente diz que sente uma dôr no baixo ventre, que não sabe bem se é intestinal ou vesical, e certos individuos procuram o especialista urologista por causa de sua bexiga, em casos de pura calculose renal.

A *dysuria* com *pollakiuria* dolorosa é de grande valor em um individuo que não tem passado urinario, principalmente se se trata de um moço.

A *anuria* é mais uma complicação do que um symptoma e, por isso, não a estudaremos aqui; o mesmo devemos dizer da *pyuria*.

— A *hematuria*, porém, é um dos grandes symptomas e a sua associação com a dôr basta, quasi, para affirmar o diagnostico, na grande maioria dos casos.

São muito interessantes as suas relação com a colica renal e do seu estudo decorrem consequencias diagnosticas varias.

Ella pôde *preceder*, annunciar a crise dolorosa, é a *pequena hematuria de aviso* bem estudada por Guyon, que é leve e persistente.

A nossa observação n. 3 é um bom exemplo dessa hematuria de aviso, que nos permittiu prevêr a colica que sobreveiu durante a noute seguinte, em um doente que nunca tivera uma colica typica.

A hematuria *acompanha* a colica como o satellite da dôr, o attestado da lesão da mucosa urinaria, e soffre as mesmas influencias que a dôr: é exacerbada pelos excessos de toda ordem, pelos saltos, pela marcha, pelas viagens. Costuma, então, ser discreta, havendo um pouco de sangue misturado á urina.

Ella *succede* á colica, coincidindo com a polyuria: ha então a polyuria sangrenta.

Si falta depois de uma forte colica, se deve desconfiar de bloqueio do uretere. (Lichtwitz).

A hematuria pôde existir constante, persistente, *fôra das crises*, quasi sempre só revelada pelo exame microscopico do sedimento, — é a *hematuria histologica*, cujo valor diagnostico é consideravel, porque ella é constante. (Israel)

E' a hematuria mais caracteristica, que nunca deve deixar de ser pesquisada; em caso de duvida, será conveniente provocalla pela prova da marcha (Guyon).

Si se pôde excluir a nephrite (tensão arterial, cylindruria etc.), o seu valor é quasi pathognomônico (Posner).

Eichorst, fala de hemorrhagias occultas do bassinete, em que não ha hematias, mas cellulas redondas coradas pela hemoglobina . . .

Pôde-se tambem observar, em consequencia das mesmas causas, hemorrhagias mais abundantes, que coincidem, geralmente, com dôres lombares surdas e que desapparecem pelo repouso; são, como se vê, muito caracteristicas.

Legueu estudou tambem *hematurias espontaneas*, que sobrevêm sem causa, persistentes, que não cedem ao repouso e que pôdem não ser acompanhadas de dôr.

Acha elle que são devidas ás causas que produzem congestões renaes, como desvios de regimen, bebidas, coitos repetidos etc.

Esses factos correspondem aos estudados por Chauffard e Laederich sob o nome de fórma congestiva da lithiase; em taes casos, é o rim que sangra e não o bassinete e o uretere.

As pequenas hematurias são mais frequentes nos casos da lithiase oxalica, devidas, muitas vezes, á passagem de cristaes pontegudos que ferem a mucosa urinaria.

Escudié cita varios casos em que uma hematuria prolongada foi o unico signal da lithiase, não tendo havido dôres; estas pequenas hemorrhagias são, por vezes, excessivamente tenazes, resistindo, dias, semanas, mezes, ás mais variadas medicações

e, em muitos casos, é o exame radiographico que vêm fixar o diagnostico de calculose e afastar os de neoplasma ou tuberculose renal.

A hematuria é, pois, um excellente signal, que se encontra na maioria dos casos; o seu valor ainda resalta desde que se a estude nas suas relações com a dôr, pois esses dous symptomas formam o eixo do syndrome *colica renal*. Cada um delles tem grande valor, a sua associação é ainda mais valiosa; é, por isso, que todos os tratadistas dão importancia consideravel á chamada *hematuria de Sydenhan*, isto é, a que vêm com dôr após abalo lombar, pela marcha, por saltos etc.

Entre os outros signaes urinarios, podiamos citar os que o exame das urinas revela, resaltando como mais notavel e verdadeiramente decisivo, a expulsão de calculos ou areias, que se deve sempre procurar, com cuidado, após a colica.

A presença de um excesso de oxalatos ou uratos ou de acido urico deve exigir a dosagem dessas substancias no sangue, onde a sua retenção poderá ser demonstrada.

Sabemos que as cifras normaes, em um individuo que têm alimentação commum são, mais ou menos, de 0,001 a 0,004 milligr. % para o acido urico e de 1,5 a 2 milligr. por mil para o acido oxalico.

O excesso de phosphatos e carbonatos, a alcalinidade persistente da urina, na ausencia de uma infecção urinaria, devem fazer pensar na lithiase alcalina.

Num e n'outro caso, se deve procurar descobrir a ligação entre a lithiase urinaria, phenomeno local, e a perturbação geral, humoral, diathetica; talvez, assim se possa melhor comprehender signaes que escapam á alçada da lithiase renal, mas que pôdem ser explicados pelos disturbios humoraes, como certas perturbações gastricas da oxaluria.

Far-se-á, desse modo, o estudo do organismo todo, o estudo do terreno, o que será, naturalmente, de grande utilidade para o tratamento.

A respeito de exames de urinas, deve-

mos referir os trabalhos de Posner, que estudou os colloides e os cristaloides urinarios, achando que a presença de grandes cristaes ovóides, a que chamou *micro-lithos*, é suspeita de lithiase, do mesmo modo a verificação, pelo exame sobre fundo escuro, de quantidades anormaes de colloides.

De todos os exames urinarios, em materia de lithiase, o de menor valor é a pesquisa da albumina, principalmente após 50 annos.

Uma urina normal não exclue o diagnostico de lithiase (Dessenholz). Sabemos que ha individuos cujo aparelho urinario é excessivamente tolerante, que eliminam calculos sem sentirem, aos quaes Guyon denominou *poedores de calculos*. Conhecemos um desses doentes, rapaz de 30 annos, portador de uma phosphaturia notavel e que vêm, já ha alguns annos, eliminando pequenas concreções, brancas, molles, calcareas, sem soffrimento local, mas com accentuados disturbios do systema nervoso, verdadeira neurasthenia.

Nesses doentes a alcalinidade da urina é manifesta.

E' necessario exigir sempre exame microscopico do sedimento e nunca se deve limitar o exame ás pesquisas chimicas, n'aquelle está, muitas vezes, a chave do diagnostico e é por isso, que, em toda a affecção abdominal, se deve exigir tal exame.

O exame directo dos rins, pela inspecção e pela palpação, pouco adianta nos casos de lithiase aseptica, ao passo que é muito proveitoso quando, em virtude de pyonephrose etc., um augmento existe. Só excepcionalmente em um rim ptosado e cheio de calculos se poderá perceber a *collisão crepitante* de que fala Tuffier. Entre os signaes que, no emtanto, se pôde observar por um exame physico attento, convém citar:

a contractura dos musculos lombares e da parede abdominal;

o signal de Lloyd, isto é, a dôr pela succussão do rim, pondo a mão no angulo costo-vertebral;

a dôr provocada no triangulo formado pela 12.^a costella e o bordo externo da massa lombar e nos pontos ureteraes.

Todos estes signaes serão estudados, mais em detalhe, a proposito do diagnostico da lithiase renal.

Entre os phenomenos de menor importancia, que pôdem acompanhar a colica renal, a titulo accessorio, citam-se alguns curiosos, como uma sensação subjectiva de frio na coxa do lado affectado (Schmidt) espasmos dos musculos da panturrilha ou coxa (Behan), inchação e sensibilidade da urethra precedendo a colica (Behan). Em alguns casos, principalmente quando já existe hypertensão, a pressão arterial se exalta, como uma resultante do reflexo vaso-motor que a dôr provoca, em outros, ao contrario, ha como uma paralysisa vaso-motora, uma sideração do systema nervoso vegetativo, que pôde levar ao collapso.

Do character da dôr, da sua localisação principal, das suas irradiações, se poderá tirar conclusões com relação ao calculo?

Uma dôr brusca e violenta faz pensar logo em calculo que procura forçar o uretere; é a essa localisação que corresponde a descripção typica da colica renal.

Como veremos, quando o calculo se acha em plena substancia renal, é muitas vezes silencioso e não dá logar, em todo o caso, ás explosões do calculo ureteral ou do basinete quando procura penetrar no uretere.

As dôres violentas são geralmente devidas a calculos pouco volumosos e moveis; o grande calculo coralliforme pôde destruir um rim sem que tenha havido colica verdadeira, porque está immovel. Pôde-se dizer que não ha relação entre o tamanho do calculo e os symptomas observados.

A. Cecil acha que a posição da pedra pouco influe na distribuição da dôr e diz que calculos do segmento inferior do uretere pôdem dar logar á dôr renal e calculos do rim pôdem, ás vezes, occasionar dôres só no abdomen inferior ou no testiculo. Essas possibilidades tornam necessario o exame radiologico de todo o apparelho uri-

nario e não só da parte que parece com-promettida.

Behan acha que a situação da dôr dá medida da descida do calculo e dá algumas indicações interessantes a esse respeito, tiradas principalmente do estudo da *dôr referida*.

Si é a parte alta do uretere, que é irritada, a pelle do escroto não é dolorosa á pressão, mas os tecidos profundos deste o são; ao passo que o contrario se dá si a irritação se faz na parte inferior do uretere.

Se o calculo se acha junto da bexiga, ha dôr á roda do anus e na pelle escrotal e micção frequente não dolorosa.

O estudo de localisações dolorosas feito em confronto com radiographias successivas têm mostrado, em certos casos, modificações da distribuição dolorosa á medida que o calculo avança.

Resumindo, se pôde dizer que a colica renal é um syndrome bastante complexo, no qual ha manifestações essenciaes e accessorias; as essenciaes são a dôr e as modificações urinarias; as accessorias, as perturbações á distancia.

Dôr e hematuria constituem o fundo da colica calculosa, a seguir vêm os pequenos signaes urinarios, sobre os quaes já bastante insistimos.

Quanto ás perturbações á distancia, estas differem de um doente para outro, parecendo-nos que o factor individual representa grande papel na sua determinação.

Aliás, ha aqui noções que é preciso, a nosso vêr, pôr mais em destaque do que até agora se tem feito: os phenomenos urinarios representam o disturbio local da lesão; as irradiações dolorosas se fazem por meio da irritação dos centros espinhaes, por via metamérica, ao passo que as perturbações á distancia demonstram a irritação do systema nervoso vegetativo.

Ora é facto sabido que, sendo este abalado de chôfre, é nos seus pontos sensiveis, ou melhor, sensibilizados, que se vae mostrar mais notavel a repercussão.

Si o individuo é um gastropatha, é principalmente para o lado de seu estomago que

vae repercutir a irritação que, nos plexos abdominaes, determinou a colica renal; si é um constipado chronico, si tem uma colite muco-membranosa, é o intestino grosso que vae soffrer mais.

Si existe já uma hypetensão arterial, esta se exaggera; si ha uma insufficiencia cardíaca, pôde sobrevir o colapso.

De um modo geral se pôde dizer que os vagotonicos apresentam repercussões mais notaveis, dada a sensibilidade toda especial do seu systema neuro-visceral.

Isto é a tal ponto verdadeiro que, em casos de lithiase latente, em que a irritação é, pôde-se dizer, pequena, os phenomenos á distancia assumem, por vezes, o papel principal no quadro clinico, como veremos quanto tratarmos das gastro-enteropathias de origem renal.

E' claro que nesses casos a lesão constitue, apenas, a espinha irritativa que vae desencadear disturbios, aqui ou ali, conforme a susceptibilidade do doente, conforme a sua *individual neurovisceral*, como a denominámos.

Ora, si uma pequena irritação é capaz de provocar e entreter, assim, uma perturbação á distancia, por via dos plexos abdominaes e do vago-sympathico, de que elles são dependentes, como não admittir que a mais violenta das dôres, sacudindo, n'um paroxysmo terrivel, esses mesmos plexos vá determinar nos territorios vago-sympathicos sensibilizados, disturbios de toda a ordem!

Sabemos que, entre estes, um ha que, pela sua frequencia e pela sua importancia, occupa a primeira plana, — o espasmo, quer seja do cardíaco, do pyloro, do colon, — e sabemos mais que essa é uma manifestação clara de excitação vagal.

Que pôr hoje bastem estas considerações para mostrar o papel importante do systema nervoso, quer central, quer vegetativo, na determinação symptomatica da lithiase renal. Agora apontámos o seu papel na colica calculosa, na proxima palestra, ao estudarmos as outras modalidades dolorosas da lithiase urinaria, abordaremos o estudo, sobre todos interessante, da pathogenia da dôr reno-ureteral.